

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者	高澤 壽
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙3の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙3の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
※法人の場合、その種類	株式会社	
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃきららほーるでいんぐす 株式会社 きららホールディングス	
主たる事務所の所在地	〒010-0921 秋田県秋田市大町2丁目5-1	
連絡先	電話番号 FAX番号 ホームページ アドレス	018-895-7272
		018-895-7273
代表者	氏名	鈴木 嘉彦
	職名	代表取締役
設立年月日	平成2年 3月 21日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) とくていしせつにゅうきょしやせいかつかいごじぎょうしょきららいずみ
	特定施設入居者生活介護事業所きららいずみ

所在地	〒010-0815 秋田県秋田市泉馬場13-20	
主な利用交通手段	最寄駅	駅 JR 秋田 駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・秋田駅西口8番線バスで乗車15分、泉一ノ坪停留所で下車、徒歩6分（彩菜館隣り） ②自動車利用の場合 ・秋田駅東口乗車10分
連絡先	電話番号	018-838-5068
	FAX番号	018-838-5069
	ホームページ アドレス	http://kirara-tp.co.jp
管理者	氏名	高澤 壽
	職名	管理者
建物の竣工日	平成30年 3月15日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成30年 4月 1日	

(類型)【表示事項】

- | |
|------------------------------------|
| 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |
| 3 住宅型 |
| 4 健康型 |

1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	0570126896
	指定した自治体名	秋田市
	事業所の指定日	令和5年 6月 1日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1795.56 m ²	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地 2 事業者が賃借する土地	
	抵当権の有無	1 あり	2 なし
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり	2 なし
	建物	延床面積	全体 985.84 m ² うち、老人ホーム部分 985.84 m ²

	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()					
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が賃借する建物					
		抵当権の設定	1 あり 2 なし				
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし				
		契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の 状況	居室区分 【表示事 項】	1 全室個室					
		2 相部屋あり					
		最少	1人部屋				
		最大	1人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
	タイプ1	有/無	有/無	18.83 m ²	2 6	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	m ²			
	タイプ3	有/無	有/無	m ²			
	タイプ4	有/無	有/無	m ²			
	タイプ5	有/無	有/無	m ²			
	タイプ6	有/無	有/無	m ²			
	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施 設	共用便所における 便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア一浴		ヶ所		
			リフト浴		1ヶ所		
			ストレッチャー浴		ヶ所		
			その他 ()		ヶ所		
	食堂	1 あり 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理施設	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="radio"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記 1・2 に該当しない) 4 なし		
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		
緊急通報装置等	居室 <input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 <input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他 () 1 あり 2 一部あり <input checked="" type="radio"/> 3 なし
その他	小ホール1ヶ所、洗濯室：全自動洗濯機3台・乾燥機2台			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	「福祉コミュニティの創造」と「生き甲斐の創造」との基本理念に基づいて、暖かい心で満たされ、ご利用者様の生き甲斐を尊重し、自尊心を損なうこと無く、明るく健全な生活が営まれるように、良質な介護サービス（心のこもったサービス）提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	居室の帝京・食事の提供・安否確認・生活相談サービスを実施致します。施設創設以来、受診時は施設送迎及び付き添いを実施しております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 <input type="radio"/> 2 委託 <input type="radio"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 <input type="radio"/> 2 委託 <input type="radio"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 <input type="radio"/> 2 委託 <input type="radio"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 <input type="radio"/> 2 委託 <input type="radio"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 <input type="radio"/> 2 委託 <input type="radio"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 <input type="radio"/> 2 委託 <input type="radio"/> 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	生活機能向上連携加	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし

※1 「協力医療機関連携加算（I）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（II）」は、「協力医療機関連携加算（I）」以外に該当する場合を指す。	算	(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算（※1）	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算（※2）		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	退居時情報提供加算		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	看取り介護加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	新興感染症等施設療養費		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	生産性向上推進体制加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(IV)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (1)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (2)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (3)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (4)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (5)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (6)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (7)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (8)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (9)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(V) (10)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし

		(V) (11)	1 あり	2 なし
		(V) (12)	1 あり	2 なし
		(V) (13)	1 あり	2 なし
		(V) (14)	1 あり	2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2. 6 : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 (訪問診療・往診)
協力医療機関	1	名称 社会医療法人明和会 中通総合病院
		住所 秋田県秋田市南通みその町 3-15
	2	診療科目 内科・整形外科・神経精神科・泌尿器科等
		協力内容 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1 あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1 あり 2 なし
	3	名称 地方独立行政法人 市立秋田総合病院
		住所 秋田県秋田市川元松丘町 4-30
		診療科目 循環器内科・呼吸器内科・消化器内科・皮膚科等
		協力内容 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1 あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1 あり 2 なし
		名称
		住所
		診療科目
		協力内容 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1 あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1 あり 2 なし

			合において診療を行う体制を常時確保	
4	名称			
	住所			
	診療科目			
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
5	名称			
	住所			
	診療科目			
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり			
	医療機関の名称		社会医療法人明和会 中通総合病院	
	医療機関の住所		秋田県秋田市南通みその町3-15	
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人 千成会 旭北歯科医院	
		住所	秋田県秋田市旭北栄町1-4	
		協力内容	歯科診療の必要が生じた場合、歯科処置を行う	
	2	名称		
		住所		
		協力内容		

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()
判断基準の内容	
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし

従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし		
	要支援の者	1 あり	2 なし		
	要介護の者	1 あり	2 なし		
留意事項	介護保険の認定を受けている方の見守りのため同居される配偶者または親族の方は入居対象となります。				
契約の解除の内容	1. 入居者が死亡した場合 2. 入居者または事業者から解約した場合				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇では防止できない場合。 ・サービス利用料金の支払い及び家賃等を遅延した場合。 ・施設の閉鎖及び縮小等により入所受入れが不可能となった場合。			
	解約予告期間	1ヶ月			
入居者からの解約予告期間	1ヶ月				
体験入居の内容	1 あり (内容: 空き室がある場合、食事代のみ負担) 2 なし				
入居定員	26人				
その他	身元引受人、連帯保証人が必要です。				

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載の必要はありません）。

(職種別の職員数)

職員数 (実人数)				常勤換算人数※ ¹ ※ ²
	合計			
	20	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.2

生活相談員	3	3		1. 9
直接処遇職員				
介護職員	1 0	9	1	8. 2
看護職員	2	1		1. 7
機能訓練指導員	1	1		0. 2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士又は管理栄養士	1	1		1
調理員	4	2	2	3. 5
事務員	1		1	0. 4
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2			40時間	
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	8	8	
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2	2	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18 時 30 分～ 7 時 00 分)

	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護 の利用者に対する看護・ 介護職員の割合 (一般型 特定施設以外の場合、本 欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 d 3:1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数)	
		2. 6:1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である 有料老人ホームの介護サービス提供 体制 (外部サービス利用型特定施設 以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務			①あり 2なし								
	業務に係る資格等			①あり	資格等の名称							
					介護福祉士、社会福祉主事任用資格							
				2なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機会訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤			
前年度1年間 の採用者数					1							
前年度1年間 の退職者数									2			
た業務 員に の従 事人 数し た經 驗年 数に 応じ	1年未満				2							
	1年以上 3年未満			1			1					
	3年以上 5年未満											
	5年以上 10年未満											
	10年以上	2		8	1	1			1			

従業者の健康診断の実施状況	① あり 2 なし
---------------	-----------

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし
要介護状態に応じた金額設定	① あり 2 なし
入院等による不在時に おける利用料金（月払 い）の取扱い	1 減額あり ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金 の改定	条件 介護保険制度の改定または、租税、物件価格、近隣住宅の賃料相場、維持管理費増、 消費者物価指数、雇用情勢その他経済事情の変動等により、利用料金が不相当にな った場合
	手続き 料金改定を行う 1ヶ月前までに、予め文書により同意を得た上で行う

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度	1	3
	年齢	93 歳	87 歳
居室の状況	床面積	18.83 m ²	18.83 m ²
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	60,000 円	60,000 円
月額費用の合計		173,455 円	178,220 円
家賃		60,000 円	60,000 円
ビ ス	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の 費用	18,852 円	23,617 円

介護保険外※ ²	食費	44,603 円	44,603 円
	管理費	50,000 円	50,000 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
	その他	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	周辺施設との比較
敷金	家賃の 1ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	周辺施設との比較
食費	周辺施設との比較
光熱水費	周辺施設との比較（管理費に含む）
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護保険一部自己負担（介護保険負担割合による）
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	なし

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了

	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他 (名称:)	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	11人
	女性	15人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	19人
要介護度別	自立	人
	要支援1	2人
	要支援2	人
	要介護1	9人
	要介護2	4人
	要介護3	4人
	要介護4	6人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	87.4歳
入居者数の合計	26人
入居率*	100%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	4人
	死亡者	10人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	2人
		(解約事由の例)・入居時より精神異常あり、居室内で器物の破壊等さらに悪化し通常の介護対応が出来ず家族・主治医と相談の上措置入院となる。 ・看護師の夜間体制がない状態で、夜間医療処置が必要となり家族・主治医と相談し、入院を提案し承諾を頂いた。
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例) 施設利用料の負担軽減のため、移転の相談を受け他施設を紹介・見学を経て退去・移転される。

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	事業所	秋田市介護保険課	秋田県国民健康保険団体連合会
電話番号	018-838-5068	018-888-5674	018-883-1550
対応している時間	平日	8:30~17:30	8:30~17:15
	土曜	同上	
	日曜・祝日	同上	
定休日			

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険(事業活動包括保険普通保険)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づいて
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調	① あり	実施日	令和7年3月
-----------	------	-----	--------

査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		結果の開示	① あり	2 なし
	2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり	2 なし
② なし				

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
高齢者虐待防止のための取組の状況	2 代替措置なし	
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	① あり 2 なし
	指針の整備	① あり 2 なし
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし
担当者の配置		① あり 2 なし
身体的拘束等の適正	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	① あり 2 なし

化のための取組の状況	指針の整備	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	<p>1 あり</p> <p>身体的拘束等を行う場合の様様および時間、入居者の状況ならびに緊急やむを得ない場合の理由の記録</p>	
業務継続計画の策定状況等	2 なし	1 あり	<input checked="" type="radio"/> なし
	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="radio"/> なし		
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし		
合致しない事項がある場合の内容			
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合してない		
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			

不適合事項がある場合の内容	
---------------	--

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>		
訪問介護	あり なし きらら訪問介護事業所竿燈通	秋田市大町一丁目5-9朝日プラザ秋田中央102
訪問入浴介護	あり なし	
訪問看護	あり なし パリケアあきた訪問看護ステーション	秋田市川元開和町1-35東和ビル2階
訪問リハビリテーション	あり なし	
居宅療養管理指導	あり なし	
通所介護	あり なし きらら通所介護事業所竿燈通り	秋田市大町二丁目5-1 きららアーバンパレス3階
		ケアセンターきらら通所介護事業所
通所リハビリテーション	あり なし	秋田市太平山谷字中山谷317-1
短期入所生活介護	あり なし きらら通所介護事業所竿燈通り	秋田市大町二丁目5-1 きららアーバンパレス3階
		きらら特定施設入居者生活介護事業所竿燈通り
		秋田市大町二丁目5-1 きららアーバンパレス8・9階
		ケアセンターきらら通所介護事業所
短期入所療養介護	あり なし	秋田市太平山谷字中山谷317-1
特定施設入居者介護	あり なし きらら特定施設入居者生活介護事業所竿燈通り	秋田市大町二丁目5-1 きららアーバンパレス8・9階
福祉用具貸与	あり なし きらら福祉用具事業所竿燈通り	秋田市大町一丁目5-9朝日プラザ秋田中央102
特定福祉用具販売	あり なし 同上	同上
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり なし	
夜間対応型訪問介護	あり なし	

認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	から居宅介護支援事業所 秋田市川元開和町 1-35 東和ビル 1 階	

<居宅介護予防サービス>

介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	から短期入所生活介護事業所 秋田市大町二丁目 5-1 からアーバンパレス 4 ~ 7 階 ケアセンターから通所介護事業所 秋田市太平山谷字中山谷 3 1 7 - 1	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	から特定施設入居者生活介護事業所 秋田市大町二丁目 5-1 からアーバンパレス 8 ・ 9 階	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	から福祉用具事業所 秋田市大町一丁目 5-9 朝日プラザ秋田中央 1 0 2	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	同上	同上

<地域密着型介護予防サービス>

介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし	あり	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)			包含※2	都度※2	備考
					料金※3		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			
おむつ代			なし	あり	○		パット・リハビリパンツ・テープ止めオムツ等種類に応じて袋単位で販売（価格は施設内に掲示）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり			秋田市内（事前予約）
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			
リネン交換	なし	あり	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			
おやつ			なし	あり		54円/1回	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		2500円～	
買い物代行	なし	あり	なし	あり			近隣の店及び通販（アスクル注文）で日用品を購入

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				秋田市内 介護保険手続きのみ
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				秋田市内（事前予約）
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、いずれかの欄に〇を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

